

**ESCUELAS PÚBLICAS DE WICHITA**  
*División de Servicios de Apoyo al Estudiante*  
**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD**

**Autorización para revelar los registros de vacunas e información**

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_

Por favor entregue este formulario a la **oficina de la escuela**

~~~~~

Yo por la presente autorizo a toda entidad sujeta a las leyes y regulaciones de la Ley de “Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico” (HIPAA por sus siglas en inglés) a revelar los registros e información sobre las vacunas del estudiante arriba nombrado al Distrito Escolar Unificado No. 259 del Condado de Sedgwick, Kansas, para permitir la matrícula del estudiante y asista a la escuela.

Esta autorización continúa hasta que el estudiante cumpla dieciocho (18) años o hasta que yo ejercite nuestro derecho de revocar esta autorización por escrito y la presentemos a la parte que posea los registros y/o información.

Si  No ~ ~ ¿Podemos acceder a los registros de vacunas del Registro de Vacunas de Kansas (Kansas Immunization Registry (KSWebIZ))?

Si  No ~ ~ ¿Podemos compartir los registros de vacunas con el Registro de Vacunas de Kansas (Kansas Immunization Registry (KSWebIZ))?

Firmado el \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 20\_\_.  
(fecha) (mes) (año)

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/tutor (en imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor